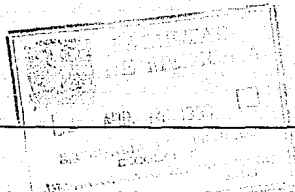


11217
144
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I. S. S. S. T. E.**

**LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES
DE ALTO GRADO DEL CERVIX
TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA
DR. JOSE ADRIAN TOLENTINO LOPEZ
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION**

**DR. JAIME HERNANDEZ RIVERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

**DR. OSCAR TREJO SOLOZANO
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

19 OCT. 1992

**I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS**
★ OCT. 13 1992
COORDINACION DE
CAPACITACION DESARROLLO
E INVESTIGACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Subdirección General de Medicina
19 OCT. 1992
Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO:

LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES
DE ALTO GRADO DEL CERVIX TRATADAS
CON ELECTROCIRUGIA

AUTOR:

DR. JOSE ADRIAN TOLENTINO LOPEZ

DOMICILIO: AV. UNIVERSIDAD 1321
COL. FLORIDA, MEXICO D.F.

COAUTOR:

DRA. MA. DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ

DOMICILIO: AV. MIRAMONTES 2256 COL.
AVANTE, MEXICO D.F.

ASESOR:

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO

VOCAL DE INVESTIGACION:

DRA. SILVIA CASTRO LOPEZ



DR. ENRIQUE ELGUINO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION



DR. RAUL MACEDO CUE
JEFE DE CAPACITACION

MEXICO D.F. OCTUBRE DE 1992.

CONTENIDO

- 1 > RESUMEN
- 2 > INTRODUCCION
- 3 > MATERIAL Y METODO
- 4 > RESULTADOS
- 5 > DISCUSION
- 6 > ESQUEMAS
- 7 > BIBLIOGRAFIA

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA.

RESUMEN

LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO (L.E.I.A.G.) EN NUESTRO PAIS, SON UNA PATOLOGIA QUE NO HA PRESENTADO UNA DISMINUCION IMPORTANTE EN SU INCIDENCIA. CONTINUA SIENDO EL PROBLEMA ONCOLOGICO MAS IMPORTANTE EN LA MUJER MEXICANA. SE RELACIONA A ESTA ENFERMEDAD ESTRECHAMENTE CON LOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (V.P.H.) TRASMITIDOS POR MEDIO DE LA VIA SEXUAL. EL TERMINO DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO, PERMITE ABARCAR TODO EL ESPECTRO DESCRIPTIVO DE LAS CELULAS ESCAMOSAS PRECURSORAS DEL CARCINOMA INVASOR. MISMO TERMINO QUE SE APLICA PARA DESCRIBIR A LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL GRADO III. EL CONO QUIRURGICO ES UNA TECNICA TRADICIONAL QUE EN LA ACTUALIDAD ESTA VIGENTE DEBIDO A LA ELECTROCIRUGIA, LO QUE PERMITE EL DIAGNOSTICO, ESTADIFICACION Y TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DEL CERVIX. SE PRESENTA EL RESULTADO DE 56 CONOS OBTENIDOS MEDIANTE ELECTROCIRUGIA, LOS CUALES SE REPORTARON EN EL 25% COMO CANCER EPIDERMIDE; 21% CANCER EPIDERMIDE + VPH; ENDOCERVICITIS 14% Y VPH 14%; NIC II + VPH 11%; NIC III + VPH 11% Y CON 4% NIC II. EL SEGUIMIENTO POR MEDIO DE CITOLOGIA A LOS 3 MESES REPORTO RESULTADO NEGATIVO I Y II EN EL 78.5%, EL 7.14% COMO NIC I-II Y VPH, NEGATIVO III Y VPH EL 3.5% Y VPH ATIPICO 3.5%. EN NINGUNO DE LOS CASOS SE PRESENTARON COMPLICACIONES INHERENTES AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

INTRAEPITHELIAL SQUAMOUS LESIONS OF HIGH DEGREE TREATED WITH ELECTROSURGERY.

ABSTRACT

SQUAMOUS LESIONS OF HIGH DEGREE IN OUR COUNTRY IS A PATHOLOGY THAT HAVENT AN IMPORTANT REDUCTION ON ITS INCIDENCE. IT CONTINUES BEING THE MOST IMPORTANT ONCOLOGIC PROBLEM IN MEXICAN WOMAN. HUMAN PAPILOMA VIRUS ARE RELATED TO THIS DISEASE VERY CLOSELY WITH SEXUAL TRASMITION. THE TERM INTRAEPITHELIAL SQUAMOUS LESION OF HIGH DEGREE, PERMITS THE INCLUSION IN A DESCRIPTIVE SPECTRUM SQUAMOUS PRECURSORS CELLS OF INVADING CARCINOMA. THE SAME TERM MAY BE APPLIED TO INTRAEPITHELIAL NEOPLASM GRADE III. THE SURGICAL CONE ITS A TRADITIONAL TECHNIQUE THATS EFFECTIVE DUE TO ELECTROSURGERY, WHICH PERMITS DIAGNOSIS, STAGING AND DEFINITIVE TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL SQUAMOUS LESIONS. RESULTS OF 56 CONES OBTAINED BY ELECTROSURGERY WERE PRESENTED, WHICH ARE REPORTED IN 25 % AS EPIDERMOID CANCER; 21% AS EPIDERMOID CANCER + HPV; ENDOCERVICITIS 14%; HPV 14%; CIN II + HPV 11%; CIN III + HPV 11% AND CIN II 4%.

CITOLOGY AT 3 MONTHS REPORTED NEGATIVE RESULTS I AND II IN 78.5%; 7.14% AS CIN I-II AND HPV; NEGATIVE III 7.14%; CIN III AND HPV 3.5% AND ATIPIC HPV 3.5%. NO COMPLICATIONS WERE OBSERVED DUE TO SURGICAL PROCEDURE.

INTRODUCCION

LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO, DEL CERVIX SON TERMINOS USADOS ACTUALMENTE QUE ENGLOBALAN EL ESPECTRO DE TERMINOS UTILIZADOS PARA DEFINIR LOS PRECURSORES ESCAMOSOS CELULARES A CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO, INCLUYENDO LOS GRADOS DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CERVIX (NIC), ADEMAS LOS GRADOS DE DISPLASIA Y CARCINOMA "IN SITU". DICHSO CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS CON PAPILOMA VIRUS HUMANO (V.P.H.) SIN HALLAZGOS DE DISPLASIA O NIC, PUEDEN SER USADOS COMO UN DIAGNOSTICO SEPARADO, AUNQUE SE ACEPTA COMO LESION DE BAJO GRADO ESCAMOSA INTRAEPITELIAL. ASI MISMO EN ESTOS MOMENTOS ALGUNOS CITOPATOLOGOS ACEPTAN UTILIZAR LOS TERMINOS ANTERIORES ASOCIADOS A LOS MENCIONADOS. LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO SON LOS CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A VPH O LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO PARA LA DISPLASIA LEVE Y CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A VPH O LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO PARA EL NIC III (1,2).

EL CONO QUIRURGICO ES UNA TECNICA QUIRURGICA QUE SE REALIZA DESDE PRINCIPIOS DEL SIGLO, LA CUAL CON EL AVANCE TECNOLOGICO EXPERIMENTADO EN LOS ULTIMOS ANOS HA PRESENTADO NOTABLES CAMBIOS QUE LA SITUA EN LA ACTUALIDAD COMO UNA ALTERNATIVA TANTO DE DIAGNOSTICO COMO DE TRATAMIENTO, CONSISTIENDO EN EFECTUAR UNA EXCISION ANULAR DE UNA CUNA DE TEJIDO CERVICAL, CONSIDERANDOSE

MUESTRA ADECUADA AL INCLUIR EPITELIO ENDOCERVICAL INTACTO ENCIMA DE LA LESION Y ECTOCERVIX INTACTO DEBAJO Y POR FUERA DE TODA LESION DE LA PORCION SUPRAVAGINAL DE CUELLO (3).

EN LA ACTUALIDAD LA ELECTROCIRUGIA NOS PERMITE EFECTUAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ADECUADOS A LA GINECOLOGIA, YA QUE CUENTA CON UN FINO INSTRUMENTAL LOGRANDO QUE LOS BORDES DE LA PIEZA QUIRURGICA TENGAN UNA NITIDEZ COMPLETA EN EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, AFIANZANDOSE COMO UN PROCEDIMIENTO ADECUADO, YA QUE NOS OFRECE LA POSIBILIDAD DEL CORTE Y LA HEMOSTASIA SIMULTANEAMENTE, OTRA DE SUS GRANDES VENTAJAS ES LA REALIZACION EN MUY BREVE TIEMPO. EL ENTENDIMIENTO CORRECTO DE SU FUNCIONAMIENTO BRINDA INAPRECIABLE AYUDA EN SUS DIVERSAS APLICACIONES (18).

LA ELECTROCIRUGIA CONSISTE EN USAR UNA ONDA DE ELECTRONES DE RADIOFRECUENCIA PARA EFECTUAR INCISIONES, EXCISIONES, ABLACIONES O COAGULACION DE TEJIDOS, EL ELECTRODO PERMANECE FRIO DURANTE TODA LA OPERACION, EL CALOR GENERADO EN LOS PROPIOS TEJIDOS ESTA BAJO EL CONTROL DEL OPERADOR. EL PASO DE ONDAS PURAS CONTINUA ATRAVES DEL TEJIDO EN FORMA CONTINUA, CREA CALOR CONTROLADO QUE VOLATIZA LOS FLUIDOS INTRACELULARES EN EL PUNTO DE CONTACTO CON EL ELECTRODO TRASMISOR, LAS CELULAS AFECTADS EXPLOTAN SIN DANAR OTRAS ESTRATOS CELULARES. SE OBTIENEN RESULTADOS QUIRURGICOS ATRAUMATICOS YA QUE NO EJERCEN PRESION MANUAL Y LAS CELULAS NO SON DANADAS, AL CORTE NO EXISTE DAMO EN LAS CAPAS CELULARES

CONTIGUAS AL MANEJAR TEJIDOS SENSIBLES, ES MAS RAPIDA Y SUAVE SU MANIPULACION, SE PROVOCA MINIMO DOLOR E INFLAMACION Y FINALMENTE LA CICATRIZACION ES EXCELENTE.

LAS COMPLICACIONES DE ESTE PROCEDIMIENTO REPORTADAS EN LA LITERATURA SON LA HEMORRAGIA (3%) QUE CEDIO CON TAPONAMIENTO VAGINAL, RESUTURA (2%), PERDIDA DE PUNTOS E INFECCION DE VIAS URINARIAS (1%), Y CON MENDR FRECUENCIA LA ESTENOSIS, PERFORACION UTERINA, CELULITIS PELVIANA, LESION RECTAL Y VAGINAL (5,9,16).

MATERIAL Y METODOS

SE REALIZO UN ESTUDIO A 56 PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE CERVIX DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HRLALM DEL ISSSTE POR PRESENTA DIGNOSTICO CITOLOGICO ANORMAL, DE ENERO DE 1988 A ENERO DE 1990, DENTRO DEL PROTOCOLO SE INCLUYO LA ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA, COLPOSCOPIA Y TOMA DE BIOPSIA DE ZONAS SOSPECHOSAS.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. EL CERVIX SE EXPUSO Y SE TINO CON LUGOL, SE COLOCARON PUNTOS DE SUJECION EN EL CUELLO POR FUERA DE LAS HORAS 3 Y 9, MAS ALLA DE LOS MARGENES DEL EPITELIO CLARO DE SCHILLER, SE INFILTRÓ EL ESTROMA CERVICAL CON 40 A 60 ML. DE SOLUCION DE NEOSYNEFRINA 1:200,000 CIRCUNFERENCIALMENTE, SE MARCO EL TRAYECTO CERVICAL AL SONDEAR EL CUELLO, SE REALIZO UNA INCISION CIRCULAR FUERA DEL MARGEN CLARO DE SCHILLER HASTA UNA PROFUNDIDAD DE 1.8 CM, RETIRANDOSE LA PIEZA Y EL LECHO RESULTANTE SE COMPLEMENTO CON ESFERA DE COAGULACION A LOS CAPILARES SANGRANTES RESIDUALES.

RESULTADOS

LOS RESULTADOS OBTENIDOS MUESTRAN QUE LA EDAD DEL GRUPO TUVO RANGOS DE 26 A 55 AÑOS OBSERVÁNDOSE EL MISMO PORCENTAJE (21%) PARA LOS GRUPOS DE EDAD DE 31 A 35, 41 A 48 Y 46 A 50 AÑOS DE EDAD, 14% PARA LOS GRUPOS DE 25 A 30 Y 36 A 40 AÑOS DE EDAD Y DE 7% EN PACIENTES DE 51 O MÁS AÑOS DE EDAD. (ESQUEMA 1).

LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL PRESENTÓ PORCENTAJES DE 71% DE 16 A 20 AÑOS; 21% DE 21 A 25 AÑOS Y 7% HASTA LOS 15 AÑOS DE EDAD. (ESQUEMA 2).

EL NÚMERO DE COMPANEROS SEXUALES OBSERVADO FUE DE: 86% 1-2 COMPANEROS; 7% 3-4 Y 7% 5 O MÁS COMPANEROS SEXUALES. (ESQUEMA 3).

93.% DE LOS VARONES NO PRESENTARON CIRCUNCISIÓN, TENIENDO EL 7% RESTANTE CIRCUNCISIÓN. (ESQUEMA 4).

EL NÚMERO DE GESTACIONES PRESENTADAS EN EL GRUPO DE ESTUDIO FUE: 0-1 14%; 2-3 36%; 4-5 21% Y 6 O MÁS 29%. (ESQUEMA 5).

EN RELACIÓN A LOS PARTOS SE OBSERVÓ: 0-1 15%; 2-3 41%; 4-5 19%; 6-7 4% Y 8 O MÁS 22%. (ESQUEMA 6).

EL 18% DE LAS PACIENTES SE LES REALIZÓ UNA O DOS CESAREAS, 4% 3 O 4 Y EL 79% NINGUNA. (ESQUEMA 7)

PRESENTARON ABORTOS 28 PACIENTES DE LAS QUE EL 39% TUVIERON 1-4 Y EL 11% 3-4, Y EL RESTANTE 50% SIN ABORTOS. (ESQUEMA 8).

COMO MÉTODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD SE OBSERVÓ: QUE EL 35% NO UTILIZARON MÉTODO ALGUNO; 24% UTILIZÓ DIU; 24% ANTICONCEPTIVOS ORALES; 9% ANTICONCEPTIVOS INTRAMUSCULARES; Y

OVULOS, COITUS INTERRUPTUS Y SALPINGOCLASIA BILATERAL 3%
RESPECTIVAMENTE (ESQUEMA 9).

DE LA BIOPSIA DEL CERVIX SE REPORTO EL 36% CON NIC II-III +
VPH; 18% NIC I; NIC II 21%; NIC III 18% Y 7% NIC I + VPH.
(ESQUEMA 10).

SE REPORTO POR ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LA CONIZACION: 25%
DE CANCER EPIDERMOIDE; 21% CON CANCER EPIDERMOIDE + VPH;
ENDOCERVICITIS 14% Y VPH 14%; NIC II + VPH 11%; NIC III + VPH 11%
Y CON 4% NIC II (ESQUEMA 11).

EL CONTROL CITOLOGICO REALIZADO A LOS 3 MESES DEL
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO FUE: NEGATIVO I-II 79%; NEGATIVO III,
POSITIVO IV 7%; NIC I-II + VPH 7%; NIC III + VPH 4% Y VPH ATIPICO
4%. (ESQUEMA 12).

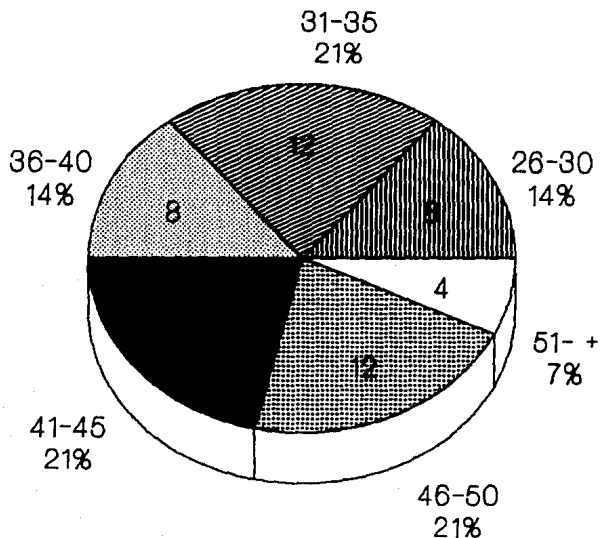
DISCUSION

DE LAS 56 PACIENTES QUE INGRESARON AL PROTOCOLO DE ESTUDIO CON LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO DEL CERVIX Y QUE FUERON TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA, CUARENTAY CUATRO DE ELLAS QUE REPRESENTAN EL 79% EN LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA DE CONTROL A LOS SEIS MESES PRESENTARON RESULTADO DE NEGATIVO I_II, QUE SIGNIFICA REMISION DEL PADECIMIENTO, SOLO 12 PACIENTES REINGRESARON AL PROTOCOLO DE ESTUDIO POR PERSISTENCIA DE LA PATOLOGIA.

EL CANCER CERVICOUTERINO, ES UN PADECIMIENTO MUY FRECUENTE EN NUESTRO PAIS, PERO ES CURABLE EN ETAPAS TEMPRANAS. EN EL ACTUAL TRABAJO, UTILIZAMOS LA ELECTROCIRUGIA, COMPROBANDO QUE ES UN METODO DE APLICACION UTIL Y SENCILLA PARA PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN GINECOLOGIA EN ESTE CASO LA CONIZACION CERVICAL, CON UN MINIMO DE MORBILIDAD, DE BAJO COSTO Y QUE SE PUEDE IMPLEMENTAR DE MANERA GENERAL EN EL PROGRAMA DE CORTA ESTANCIA, INCLUSIVE COMO METODO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE CONSULTORIO CON RESULTADOS SATISFACTORIOS COMO FUE DEMOSTRADO EN EL PRESENTE TRABAJO.

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

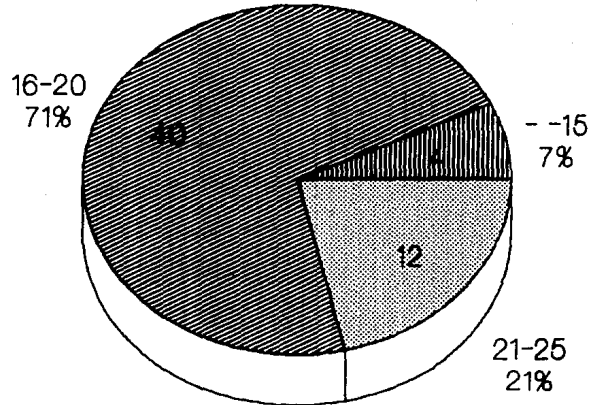


EDAD DE LOS GRUPOS

ESQUEMA 1

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

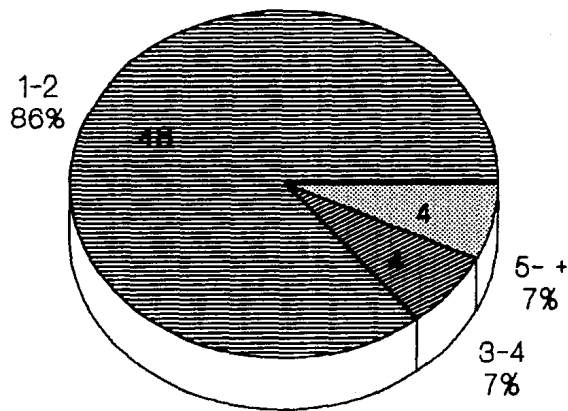
n=56



EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

ESQUEMA 2

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

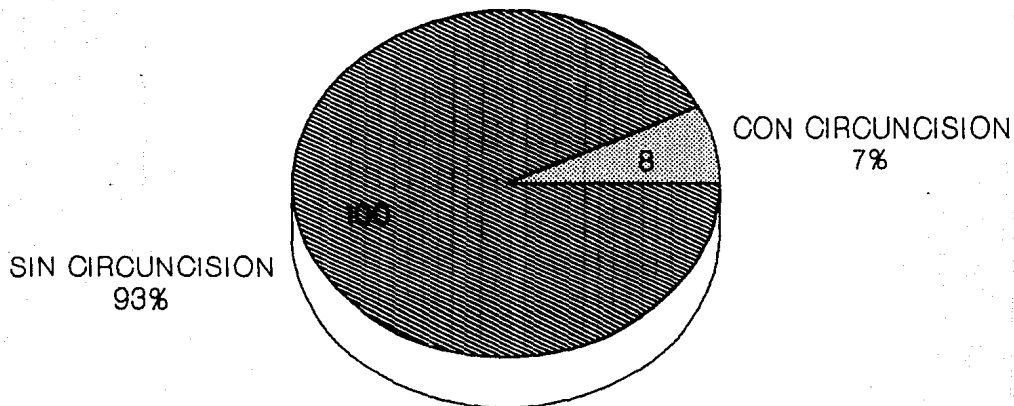


NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

ESQUEMA 3

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

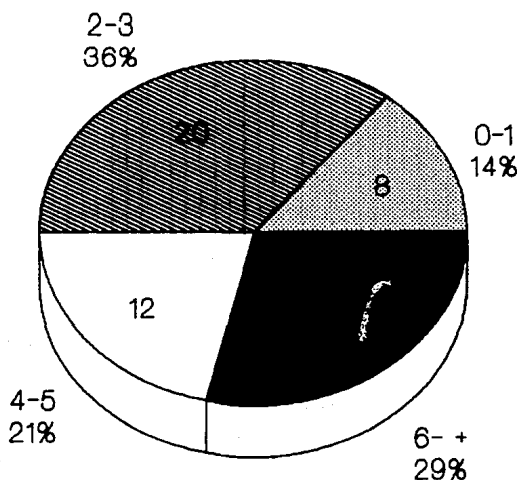


COMPANERO SEXUAL

ESQUEMA 4

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

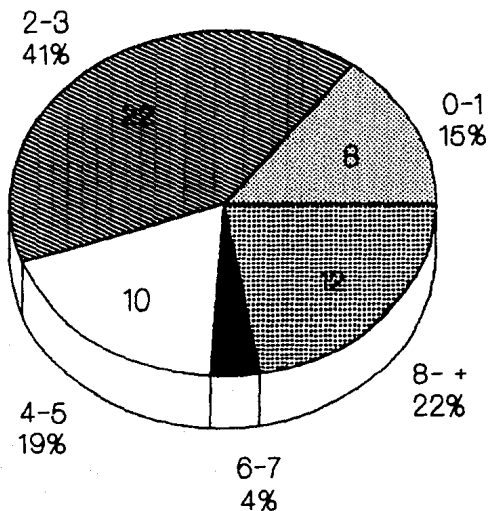


NUMERO DE GESTACIONES

ESQUEMA 5

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

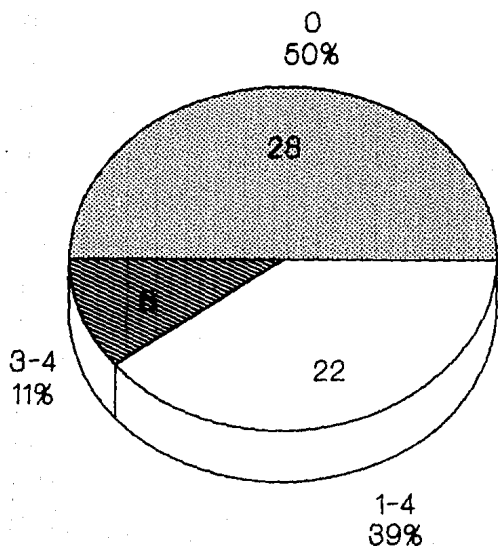


NUMERO DE PARTOS

ESQUEMA 6

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

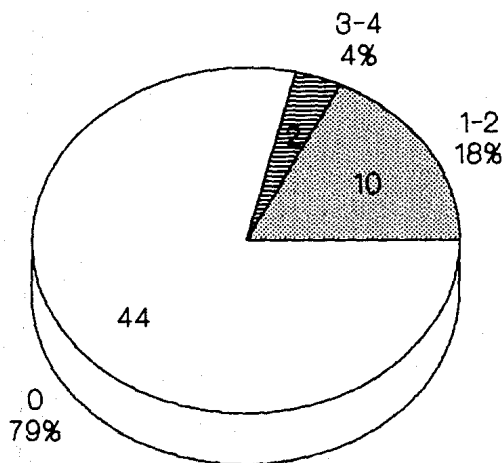


NUMERO DE ABORTOS

ESQUEMA 7

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

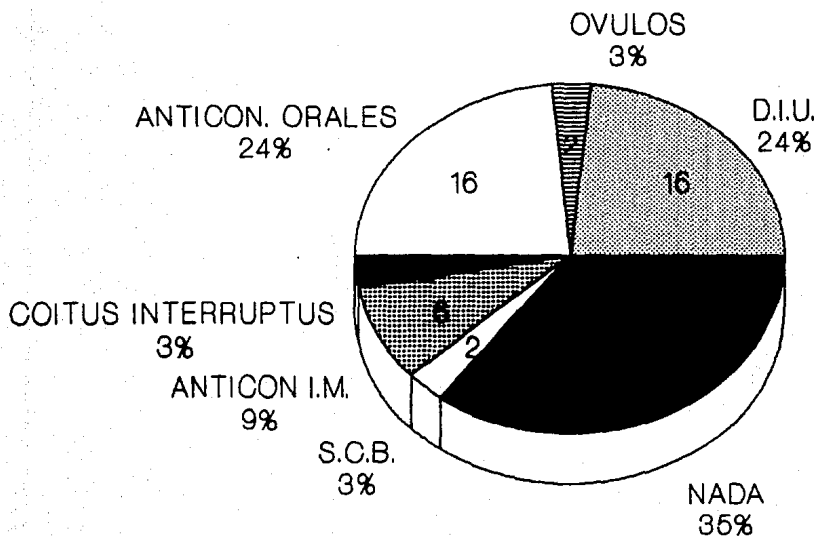


NUMERO DE CESAREAS

ESQUEMA 8

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

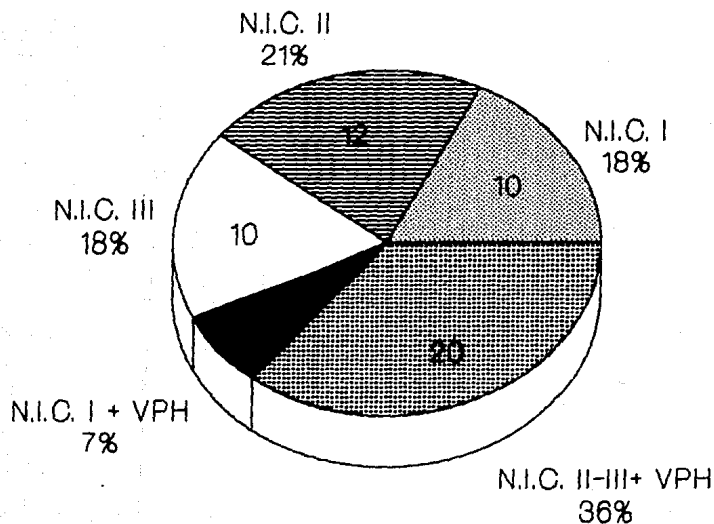


METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD

ESQUEMA 9

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

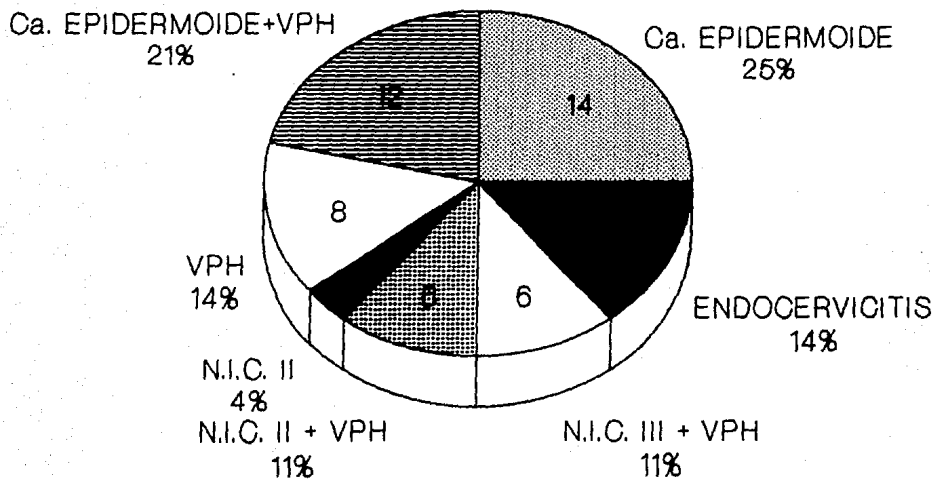


BIOPSIA DE CERVIX

ESQUEMA 10

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56

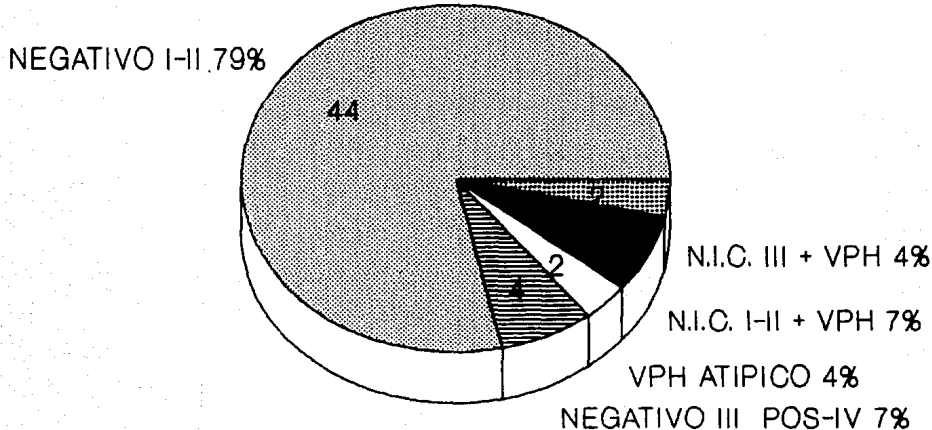


REPORTE HISTOPATOLOGICO

ESQUEMA 11

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO TRATADAS CON ELECTROCIRUGIA

n=56



CITOLOGIA DE CONTROL

ESQUEMA 12

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aamodt R et al. "the 1988 Bethesda System for reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses". Acta cytologica.1989;33;5;567-571.
- 2.- Yarnoz M, Cortes J, Liopart M. "the Colposcopy and the Cone Biopsy in the Diagnosis, Treatment and follow-up 81 cases of Cervical Intraepithelial Neoplasia". Eur J Gynaecol Oncol;1988;9;345-9.
- 3.- Mattlingly R. "Te Linde Operative Ginecology" sith edition.1985;677-686.
- 4.- Solda A, Volonterio A, Ferutta P. "Cervical Conization in the Diagnosis and Treatment of Cervical Epithelial Neoplasms". Minerva Ginecol;1989;41;261-3.
- 5.- Partington C, Turner M, Soutter W. "Laser Vaporization versus Laser Excision in the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia". Obstet Gynecol;1989;73;775;9.
- 6.- Barua R. "Post-cone Biopsy Traumatic Neurooma of the Uterine Cervix". Arch Pathol Lab Med;1989;113;945-7.
- 7.- Alberico S, Facca M, Del Corso L. "Cervical Intraepithelial Neoplasia with Conization : early Complications and follow-up". Eur J Gynaecol Oncol;1989;10;357;62.
- 8.- Ramirez E, Hernandez E, Miyazawa K. "cervical Conization findings in Women with Displastica Cervical Cytology and normal Colposcopy". J Reprod Med. 1990;35;359-61.
- 9.- White W. "Radiosurgery and Advancement over the Scalpel in many Procedures". 19th annual meeting international congress of Gynecologic Endoscopy. Nov.1990.
- 10.- Weinstein S. "Radiocirugia en Ginecologia". 19th annual meeting international congress of Gynecologic Endoscopy. Nov.1990.
- 11.- Tase T, Okagaki T, Clark B. "Human Papillomavirus DNA in Adenocarcinoma in situ, Microinvasive Adenocarcinoma of the Uterine Cervix and coexisting Cervical Squamous Intraepithelial Neoplasia". Int J Gynecol Pathol;1989;8;8-17.
- 12.- Prendiville W, Cullimore J, Norman S. "Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ). A new method of management for Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia". Br J Obstet Gynecol;1989;96;1054-60.
- 13.- Husseinzadeh N, Shbaro I, Wesseler T. " Predictive value of Cone margins and postcone Endocervical Curettage with reidual Disease in subsequent Hysterectomy". Gynecol Oncol;1989;33;198-200.
- 14.- Bistoletti P, Zellbi A, Moreno J. "Genital papillomavirus Infection after Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN III)". Cancer;1988;62;2056-9.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 15.- Andersen W, Frierson H, Barber S. "Sensitivity and Specivity of Endocervical Curettage and the Endocervical brush for the evaluation of Endocervical Canal".Am J Obstet Gynecol;1988;159;702-7.
- 16.- Bistoletti P, Linbrink P."Sexually Trasmitted Diseases including Genital papillomavirus Infection in male Sexual Partners of Woman treated for Cervical Intraepithelial Neoplasia III by Conization". Br J Obstet Gynecol;1988;95;611-3.
- 17.- Soisson A, Molina C, Benson W. "Endocervical Curettage in the evaluation of Cervical Disease in patients with adequate Colposcopy". Br J Obstet Gynaecol;1989;71;109-11.
- 18.- Saito K, Saito A, Fu S."topographic study of Cervical Condyloma and Intraepithelial Neoplasia". Cancer;1987;59;2064-70.
- 19.- Grainger D, Roberts D, Wells M."the value of Endocervical Curettage in the Management of the patients with Anormal Cervical Cytologic findings".Am J Obstet Gynecol;1987;154;625-8.
- 20.- Krebs H, Wheelock J, Hurt W."Positive Endocervical Curettage in patient with Satisfactory and Unsatisfactory Colposcopy: Clinical implications".Obstet Gynecol;1987;69;601-5.